



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI “MARCO
FANNO”

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA & MANAGEMENT

PROVA FINALE

“L’ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI AGLI ANZIANI IN
VENETO: LA CRITICITÀ DELLA CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE. IL CASO DELL’ULSS 13.”

RELATORE:

CH.MO. PROF. LUCIANO GRECO

LAUREANDO: ANASTASIA TOMMASO
MATRICOLA N. 1046141

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Articolo 32 della Costituzione Italiana

INDICE

pag.

Introduzione.....	5
1. Il tema: welfare, invecchiamento e organizzazione dei servizi in una prospettiva di long term care.....	6
2. Il sistema sanitario nazionale.....	8
3. La declinazione del SSN in Veneto.....	10
3.1. Il territorio regionale e le criticità demografiche: immigrazione e invecchiamento	10
3.2. Politiche per le persone anziane e principio della continuità assistenziale.....	10
3.3. I servizi in Veneto.....	11
4. Azienda Ulss 13 di Mirano.....	15
5. La continuità assistenziale nell'Ulss 13: una verifica empirica con dati longitudinali sulla corrispondenza dei servizi alle aspettative.....	18
5.1. L'idea di partenza.....	18
5.2. La costruzione del database.....	18
5.3. I risultati ottenuti.....	21
5.3.1. I dati complessivi: il flusso di utenti con impegnativa di residenzialità per genere e semestre.....	21
5.3.2. L'analisi dell'età degli utenti.....	21
5.3.3. L'analisi degli utenti in relazione ai profili	25
5.3.4. L'analisi dei punteggi per struttura	27
5.3.5. La verifica della continuità assistenziale:	28
6. Conclusioni.....	35
Riferimenti bibliografici.....	36

INTRODUZIONE

La stesura del seguente elaborato è stata possibile grazie alla collaborazione con l'azienda Ulss 13 di Mirano, dove tra giugno e agosto ho svolto il mio stage curriculare.

L'idea di partenza nasce dall'esigenza di indagare l'efficacia dei programmi assistenziali nel territorio di competenza dell'Ulss 13 e in particolare la capacità del sistema di offrire assistenza in modo continuativo agli anziani. Per fare ciò è stato necessario costruire un database in grado di fornire le informazioni relative ai percorsi assistenziali seguiti dai singoli utenti, partendo dai dati amministrativi a disposizione dell'Ulss 13 sui titolari di impegnative per i servizi socio-sanitari e assistenziali.

Per contestualizzare l'analisi nel capitolo 1 viene introdotto il tema dell'invecchiamento come peculiarità principale dell'evoluzione demografica in Italia negli ultimi anni e ne viene analizzata la proiezione per il 2020, anche per dimensionare le sfide che il sistema di welfare dovrà affrontare prossimamente.

Il capitolo 2 si occupa dell'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale e degli elementi di innovazione rispetto ai sistemi di assistenza antecedenti, per poi procedere illustrando i mutamenti che lo hanno interessato e che hanno portato all'attuale configurazione.

Nel capitolo 3 viene presentata l'organizzazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali nella regione Veneto, introducendo la distinzione tra servizi di residenzialità e servizi per la domiciliarità e illustrando il contenuto delle singole impegnative per i molteplici servizi.

Con il capitolo 4 si restringe ulteriormente il campo di indagine soffermandosi sull'azienda Ulss 13, ovvero il laboratorio dove è stato possibile verificare empiricamente la congruenza tra il funzionamento reale del sistema di Welfare e le previsioni delle linee guida nazionali e regionali.

Il capitolo 5 presenta i risultati della ricerca condotta sugli utenti divenuti titolari di un'impegnativa di residenzialità tra il 2014 e i primi 6 mesi del 2015 e si articola in diversi paragrafi. Il primo spiega la effettiva esigenza dell'Ulss 13 di verificare l'efficacia dei propri interventi. Il secondo illustra tutti i passaggi necessari per costruire il database da cui ricavare poi le elaborazioni. Il terzo presenta i risultati ottenuti.

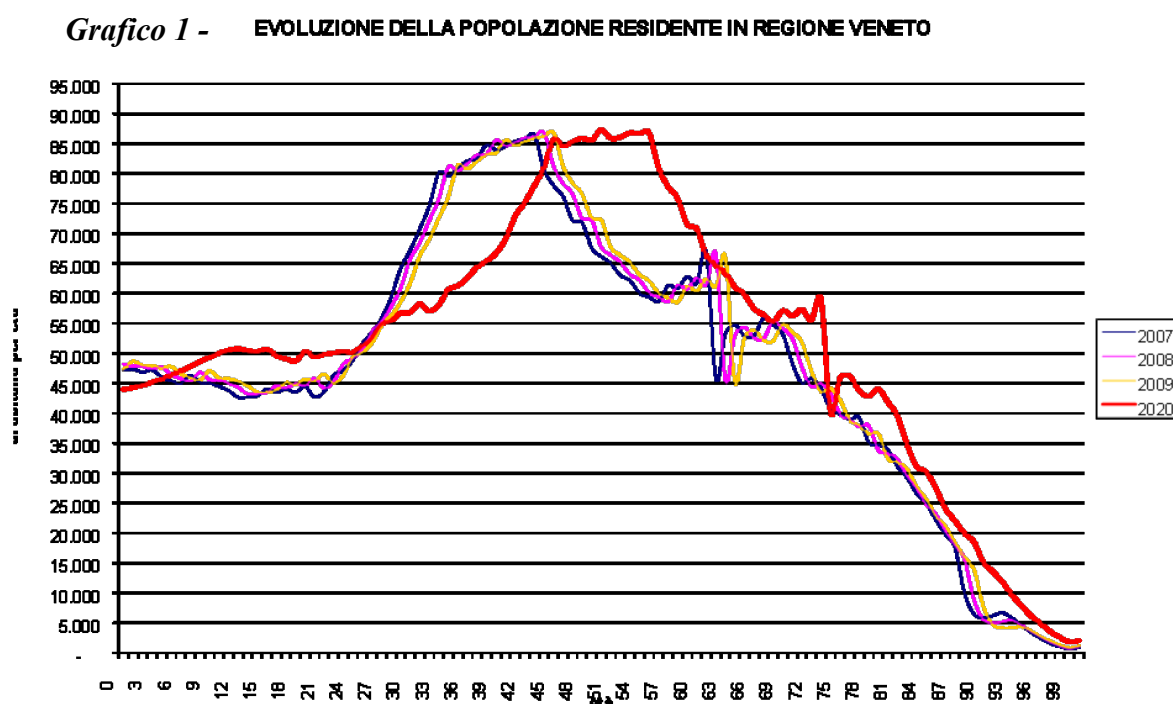
Nelle conclusioni viene fornita una sintesi complessiva degli esiti della ricerca e vengono affacciate alcune proposte.

1. Il tema: welfare, invecchiamento e organizzazione dei servizi in una prospettiva di long term care

In questo saggio ci si sofferma su un aspetto specifico e rilevante dell'organizzazione dei servizi di welfare per gli anziani. Essi costituiscono uno degli snodi cruciali della "questione welfare" nei Paesi occidentali.

Ciò è in relazione con il fatto che il progressivo invecchiamento della popolazione si è imposto come una delle dinamiche più importanti dell'evoluzione dei nostri assetti demografici.

Nel grafico sottostante (**grafico 1**) è rappresentato il numero di abitanti in Veneto suddivisi per età nel triennio 2007 - 2009 con le corrispondenti proiezioni Istat al 2020. Si può notare come la curva della popolazione per età si stia progressivamente spostando verso destra abbastanza velocemente: l'effetto cumulativo di questo movimento è decisamente apprezzabile confrontando il 2009 con il 2020. Si prevede che entro una decina di anni la maggioranza della popolazione non sarà più compresa nella fascia d'età tra i 25 e i 55 anni ma in quella tra i 35 e 65 e gli over 65 cresceranno sensibilmente.



È dunque necessario programmare l'adeguamento delle strutture ai cambiamenti demografici in modo da fronteggiare il probabile aumento della domanda di servizi richiesti dai cittadini. E' agevole pronosticare che servirà soprattutto sviluppare politiche a sostegno dell'adolescenza e sistemi assistenziali in grado di sostenere un numero crescente di anziani.

Da queste prospettive discende l'importante questione della sostenibilità economica del nostro sistema di welfare che, come tutti i moderni sistemi di welfare, si basa essenzialmente su tre grandi pilastri¹: la previdenza, la sanità e il sociale. E per tutti e tre si riscontra una correlazione diretta tra invecchiamento della popolazione e aumento dei costi. L'incremento degli anziani implica una maggiore spesa per il sostegno al reddito (pensioni), per i ricoveri ospedalieri così come per

¹ Si adotta una definizione di welfare tradizionale in senso restrittivo: altre definizioni includono riferimenti più ampi, in particolare il sistema di istruzione.

l'assistenza sociale. Per di più, paradossalmente, migliori saranno le prestazioni dell'attuale sistema di welfare più velocemente si prolungherà l'aspettativa di vita e quindi, di nuovo, i costi.

Nella tabella sottostante (**tabella 1**) è riportato l' "indice di vecchiaia" per il Veneto dal 2001 al 2009. Questo indice è ottenuto rapportando il numero dei residenti over 65 a quello della popolazione compresa tra gli 0 e i 15 anni. In linea con quanto descritto in precedenza il suo valore è in aumento: da 135 nel 2001 è arrivato a 140 nel 2009.

Tabella 1 - Indice di vecchiaia

Anno	Indice di Vecchiaia
2001	135,23
2002	135,74
2003	136,78
2004	137,32
2005	138,15
2006	138,94
2007	139,13
2008	139,16
2009	139,88

Elaborazione su dati Istat

Poche cose conosciamo con certezza, tra queste quella che tutti invecchiamo. Le relative problematiche, per alcuni ancora molto lontane, presto o tardi riguarderanno ognuno di noi. Meglio allora far sì che servizi e strutture si adattino e si adeguino piuttosto che tra pochi anni annaspere affrontando situazioni di emergenza.

La chiave di lettura della nostra analisi diventa allora la "long term care", intesa come l'insieme degli interventi rivolti alla cura della persona non concentrati sulla risposta ospedaliera ai bisogni di salute legati all'invecchiamento ma vengono strutturati in modo da fornire supporto a livello territoriale a sostegno della vita che si allunga e che richiede la gestione di lunghi periodi in presenza di patologie anche plurime.

2. Il Sistema Sanitario Nazionale

Trattiamo, in breve sintesi, del Sistema Sanitario Nazionale per contestualizzare i valori e i principi su cui si fondano i servizi, inclusi quelli agli anziani, di cui disponiamo oggi.

La necessità di assistenza socio-sanitaria fu presto chiara persino all'uomo delle caverne, quando per la prima volta nella sua vita non poté svolgere regolarmente la battuta di caccia del sabato perché costretto ad assistere la compagna malata. Egli non possedeva né le competenze mediche né le capacità organizzative indispensabili per progettare istituzioni sociali capaci di provvedere ai suoi bisogni. Ma a piccoli passi e, infine, con una forte accelerazione dalla seconda metà del '900, nei paesi industrializzati si sono sperimentati e costruiti sistemi, prima assicurativo-mutualistici e successivamente su base universalistica, sempre più in grado di rispondere ai bisogni socio-sanitari e assistenziali della popolazione.

In Italia il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito il 23 dicembre 1978, con la Legge n° 833/78. I principi su cui si basa discendono direttamente dalla Costituzione, che all'articolo 32 paragrafo 1 stabilisce: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Una prima importante innovazione introdotta dalla Legge n°833/78 ha riguardato l'interpretazione della parola "salute", in precedenza considerata solo come condizione fisica opposta alla malattia. Del resto già nel 1946, nel proprio atto costitutivo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che la salute va intesa come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo in assenza di malattia o di infermità". Questa definizione è stata ulteriormente migliorata/arricchita nel corso degli anni, approdando alla definizione di salute come capacità di far fronte all'ambiente circostante e come risorsa per la vita quotidiana. La Legge n°833/78 fa sua questa nuova visione e supera la distinzione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale, inserendo nei propri programmi interventi di prevenzione e percorsi di riabilitazione. Si può pertanto sostenere che i tre principi chiave del SSN sono:

- il principio di **universalità**, secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie gratuite a tutti indistintamente;
- il principio di **uguaglianza**, in virtù del quale a parità di bisogno si ha diritto alla medesima assistenza;
- il principio di **globalità**, per cui ad essere considerata non è la sola malattia ma la persona nel suo complesso. Ciò implica un collegamento non solo con servizi di cura ma anche di prevenzione e di riabilitazione.

Una seconda importante innovazione introdotta con l'istituzione del SSN riguarda la struttura organizzativa. Con la Legge n°833/78 sono state introdotte le USL, ovvero le unità sanitarie locali. Si è seguita quindi una logica di decentramento affidando maggiore potere alle Regioni e ai Comuni, istituzioni ritenute più capaci di rispondere adeguatamente alle specifiche esigenze territoriali.

La distanza tra chi eroga i servizi e chi li finanzia (cioè tra Regioni e Stato) e la mancanza di standard nazionali ha portato ad una lievitazione dei costi del SSN tale da rendere necessaria un'ulteriore riforma nel 1992. La Legge 421/1992 da un lato ha previsto per lo Stato il compito di redigere un Piano Sanitario Nazionale triennale e di definire livelli uniformi di assistenza obbligatoriamente garantiti (LEA), dall'altro ha attribuito alle Regioni più autonomia così come una maggiore responsabilità nelle attività di finanziamento e controllo dei servizi. Questa seconda riforma ha rappresentato il primo passo verso l'aziendalizzazione delle ULS, da allora trasformate in aziende regionali, con propria personalità giuridica e propria autonomia organizzativa e amministrativa. Tale processo è stato ulteriormente definito da un terzo momento riformatore nel 1999 (Legge 229/1999), il quale ha accentuato la natura aziendale delle ULS prevedendone anche l'autonomia patrimoniale.

Si sono costituite così aziende sanitarie con personalità giuridica pubblica, regolate da un sistema di responsabilizzazione sui risultati. Le nuove ASL (Aziende Sanitarie Locali) e ASO (Aziende Sanitarie Ospedaliere) sono state riorganizzate seguendo un modello di autonomia e responsabilità diretta della dirigenza e ad oggi mantengono questa configurazione.

3. Il Servizio Sanitario Nazionale in Veneto e le politiche per gli anziani

3.1. Il territorio regionale e le criticità demografiche: immigrazione e invecchiamento

Il territorio regionale è suddiviso in 21 zone di competenza di altrettante aziende ULSS, a loro volta articolate in distretti. Nel 2012 la Regione Veneto ha approvato un nuovo Piano socio-sanitario regionale per il 2012-2016, con cui ha ribadito le competenze territoriali di ciascuna ULSS e ha fornito le linee guida per una riformulazione di tutti i 21 Piani di zona.

La riorganizzazione dei servizi socio sanitari si è resa necessaria per rispondere ai cambiamenti demografici che stanno interessando il Veneto.

Nel solo decennio 2001-2011 la popolazione è cresciuta di circa il 9%, soprattutto grazie al più elevato tasso di natalità degli stranieri e all'apporto del saldo migratorio netto.

Come già evidenziato nel primo paragrafo fenomeno di grande rilevanza è l'invecchiamento della popolazione, dovuto all'aumento continuo dell'aspettativa di vita in accordo con le tendenze nazionali. In particolare è cresciuta la popolazione ultra85enne.

Un ulteriore elemento da non sottovalutare è la fragilità crescente degli individui e dei nuclei familiari. In particolare è aumentato il numero di persone sole al di sopra dei 65 anni. La famiglia è spesso la prima rete di assistenza a prendersi cura dell'anziano o del malato e un impoverimento di questa rete non può che riflettersi sulle strutture assistenziali.

Tutto ciò accresce di molto la pressione sul Sistema Socio Sanitario Regionale e per questo le ultime riforme si concentrano nella razionalizzazione dei costi e sull'adeguamento dei servizi e delle strutture.

3.2. Politiche per le persone anziane e principio della continuità assistenziale

Il modello di intervento adottato nelle politiche per le persone anziane in Veneto è fondato sul binomio residenzialità-domiciliarità. L'assetto attuale dei servizi residenziali per le persone non autosufficienti discende dalla DGR 751/2000, con cui si è definita la programmazione regionale delle strutture di residenzialità che offrono anche assistenza sanitaria, rivolgendosi soprattutto agli anziani, alle persone non autosufficienti e ai disabili non assistibili a domicilio.

L'offerta di servizi per la domiciliarità nasce in considerazione dell'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto sociale. Pertanto sempre di più negli ultimi anni le politiche di assistenza domiciliare sono orientate al favorire il mantenimento della persona non autosufficiente a casa e a riservare l'accoglienza residenziale solamente alle persone non altrimenti assistibili o alle persone che si ritrovano in situazioni di emergenza sociale, senza una famiglia che se ne possa fare carico a domicilio.

Occorre sottolineare che i servizi per la domiciliarità non devono per forza essere a domicilio. La persona non autosufficiente può essere ad esempio accolta in una struttura residenziale per un periodo di tempo limitato. Questi alloggiamenti temporanei sono utili alla famiglia sia per alleggerire il carico di stress che l'accudire una persona non autosufficiente comporta sia per entrare in contatto con persone competenti, che possono insegnare a prendersi cura dell'anziano o del disabile.

Il principio cardine che si cela dietro queste politiche è quello della continuità assistenziale, una miscela di prevenzione, cura e riabilitazione. Si cerca infatti di costruire una filiera assistenziale, in cui i diversi servizi non siano compartimenti stagni separati tra loro ma servano ad accompagnare la persona nel percorso di declino legato all'invecchiamento, con il proposito di evitare che l'accoglimento residenziale definitivo rappresenti la risposta a qualsiasi problema e che tale risposta

arrivi comunque troppo tardi mentre un'azione preventiva avrebbe permesso il recupero della persona.

Per questo assume un'importanza fondamentale la collaborazione tra i diversi attori locali e il coinvolgimento dei Comuni, degli assistenti sociali e dei medici di medicina generale.

I due prospetti di seguito affiancati riportano i riferimenti legislativi regionali dei principali provvedimenti in materia di residenzialità e domiciliarità.

Provvedimenti di riferimento per la residenzialità:

- DGR 751/2000 “Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. LR n. 5/96 (art. 13 co. 3, Art. 17) – PSSR 1996-1998”
- DGR 464/2006 “L’assistenza sociosanitaria alle persone anziane non autosufficienti (Piano della residenzialità)”
- DGR 394/2007 “Indirizzi e interventi per l’assistenza alle persone non autosufficienti”
- DGR 2082/2010 “Approvazione del documento di indirizzo regionale di cui alla DGR 157/2010 e del documento recante le indicazioni per la predisposizione del documento Piano di Zona 2011/2015”.

Provvedimenti di riferimento per la domiciliarità

- DGR 5273/1998 “Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di ADI”
- DGR 1722/2004 “Sistema informativo di Distretto Socio sanitario – modulo ADI – approvazione degli standard regionali per l’acquisizione delle informazioni”
- DGR 39/2006 “Piano locale per la domiciliarità”
- DGR 4135/2006 “Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007”
- DGR 2082/2010 “Indicazioni per la presentazione del documento ‘Piani di Zona 2011/2015’”

3.3. I servizi di residenzialità e di domiciliarità in Veneto

Per comprendere com'è analiticamente strutturata la risposta alla crescente domanda di servizi socio-sanitari è opportuno identificare le diverse tipologie di servizi offerti.

In linea con quanto sostenuto in precedenza è necessario distinguere i servizi di residenzialità da quelli per la domiciliarità.

I servizi di residenzialità comprendono tre tipologie: l'ingresso definitivo in una struttura residenziale, i ricoveri per stati vegetativi permanenti (SVP) e i centri per la riabilitazione. Questi ultimi però sono da considerarsi come un livello intermedio tra residenzialità e domiciliarità in quanto rispondono ad un bisogno specifico che tra l'altro può non essere legato all'invecchiamento. Nella categoria dei servizi per la domiciliarità rientrano sei tipologie: le Impegnative di Cura Domiciliare (ICD), i programmi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), gli interventi di Sollievo, il Centro Diurno, le Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer (SAPA).

Di seguito questi servizi domiciliari vengono sinteticamente descritti.

ICD (impegnative di cura domiciliare)

Le ICD vengono istituite con la Delibera Regionale n° 1338/2013 per le persone non autosufficienti. Si sostituiscono al precedente Assegno di Cura e rappresentano la tipologia più frequente di interventi socio-sanitari domiciliari.

Obiettivo delle ICD è permettere la permanenza nel proprio domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l'erogazione di un contributo economico oppure attraverso l'assegnazione di un monte ore di prestazioni o di servizi di pari valore. Per rendere possibile la permanenza a casa le ICD devono garantire assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (iADL), come ad esempio l'assunzione corretta dei farmaci o la preparazione dei pasti, e nelle attività della vita quotidiana (ADL), come l'igiene personale o il mangiare.

Per soddisfare i diversi bisogni assistenziali sono state previste cinque diverse tipologie di ICD. L'accesso ad una qualsiasi di queste prevede la valutazione dello stato di salute della persona e l'inserimento in una graduatoria in base alla gravità del bisogno assistenziale e alla situazione economica rilevata con l'ISEE. La valutazione avviene tramite la compilazione della scheda di valutazione multidimensionale da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) in collaborazione con l'assistente sociale del Comune di riferimento. La valutazione ha sempre validità annuale. La rivalutazione, se i requisiti sono nuovamente soddisfatti, comporta la conferma dell'ICD per pari periodo, senza la re-immissione in graduatoria.

In sintesi i requisiti comuni a tutte e cinque le tipologie di ICD sono questi:

- 1. condizione di non autosufficienza sotto i profili sanitario e sociale tale da evidenziare la necessità di un particolare supporto;
- 2. sufficiente adeguatezza del supporto erogato dalla famiglia;
- 3. condizione di disagio economico della famiglia, attestato dall'ISEE (ciò vale solo per alcune ICD).

Il prospetto seguente, rielaborato a partire dalla DGR 1338/2013 e da vari materiali di commento, illustra il contenuto, le modalità di erogazione e le quantità economiche che distinguono ciascuna ICD.

Tabella 2 - Le diverse tipologie di ICD

<i>Tipo</i>	<i>Contenuto</i>	<i>Modalità di Erogazione</i>	<i>Valore ICD</i>
ICDb	Comprende l'assistenza alla persona non autosufficiente nelle IADL e nelle ADL.	L'ICD viene erogata all'utente in funzione del Progetto Assistenziale Individuale redatto dall'assistente sociale in collaborazione con il MMG, progetto al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale. L'attribuzione di ICD può avvenire tramite l'erogazione di un contributo economico da parte del Comune calcolato su base mensile ed erogato dall'azienda ULSS al comune con periodicità non superiore al trimestre; oppure tramite l'erogazione di un monte ore di servizi diretti alla persona (la scelta di questa modalità dipende dall'assistente sociale). Per uno stesso utente possono essere sommati i due interventi.	120 euro
ICDm	Questa ICD aiuta persone bisognose di supporto e assistenza in presenza di mobilità conservata o ridotta e di decadimento cognitivo e/o disturbi del comportamento che ne consentirebbero azioni a rischio dell'incolumità personale e dei conviventi. La necessità di sorveglianza, unitamente alle attività strumentali della vita quotidiana, è eseguibile da assistenti alla persona non necessariamente qualificati come operatori OSS.	L'ICD viene erogata all'utente in funzione del Progetto Assistenziale Individuale redatto dall'assistente sociale in collaborazione con il MMG, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il reddito personale. Per i pazienti con demenza e con disturbi del comportamento dovrà essere indicato se l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) ha fatto riferimento al centro per il decadimento cognitivo e chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi collegati. L'attribuzione di ICD può avvenire tramite l'erogazione di un contributo economico da parte dell'ULSS calcolato su base mensile ed erogato con periodicità non superiore al trimestre; oppure tramite l'erogazione di un monte ore di servizi diretti alla persona (avviene su valutazione della UVMD).	400 euro
ICDa	L'ICDa è rivolta a persone in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza	L'ICD viene erogata all'utente in funzione del Progetto Assistenziale Individuale redatto dall'assistente sociale in collaborazione con il MMG, al quale concorrono le risorse personali dell'utente, quali l'indennità di accompagnamento e il	800 euro

	<p>continua nelle 24 ore. Questi soggetti hanno elevato necessità assistenziali e sanitarie, la cui complessità comporta la strutturazione di una rete di servizi multidisciplinari e multi professionali.</p> <p>L'ICDa ricomprende gli interventi mirati di intervento alla domiciliarità in situazioni straordinarie.</p>	<p>reddito personale, tenuto conto delle eventuali esigenze di mantenimento della famiglia, quando a carico del paziente.</p> <p>L'ICDa può essere erogata tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> contributo economico da parte dell'azienda ULSS, calcolato su base mensile e pagato con periodicità mensile; un di in monte ore di servizi diretti alla persone, su scelta condivisa tra l'UVMD e la famiglia, nell'ambito del PAI; l'acquisto di ausili, protesi, dispositivi. 	
--	--	---	--

ICDp	<p>Questa ICD riassume e riunisce gli interventi già erogati per la promozione dell'autonomia personale e gli interventi di aiuto personale. Il servizio è finalizzato a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione delle persone in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi e altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi. Gli obiettivi sono il conseguimento del massimo grado di autonomia delle persone con disabilità mediante l'attuazione di interventi socio educativi ed assistenziali che devono integrarsi in un progetto unitario, con gli interventi riabilitativi e la permanenza nel proprio nucleo abitativo e familiare.</p>	<p>L'attribuzione di ICD può avvenire tramite l'erogazione di un contributo economico da parte dell'ULSS calcolato su base mensile ed erogato con periodicità non superiore al trimestre oppure tramite l'erogazione di un monte ore di prestazioni dirette alla persona.</p> <p>Le prestazioni dell'ICDp sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventi domiciliari di assistenza e sostegno alla persona; - interventi educativi e di integrazione sociale, finalizzati a sviluppare al massimo le potenzialità del disabile nel campo dell'autonomia personale e sociale. <p>Sono escluse le prestazioni riguardanti l'accoglienza residenziale, anche per brevi periodi, o il costo dell'inserimento in strutture diurne.</p> <p>È coinvolto il seguente personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operatori socio-sanitari - Educatori professionali <p>Nel servizio di aiuto alla persona l'operatore svolge prestazioni volte a far superare alle persone disabili le difficoltà connesse all'autonomo svolgimento dei fondamentali atti di vita quotidiana e a favorire processi di integrazione nell'ambiente sociale lì dove non è possibile che ciò avvenga con sussidi tecnici.</p>	225 euro
ICDf	<p>L'ICDf è uno strumento finalizzato a riconoscere il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità fisico-motoria, attraverso il finanziamento di progetti di aiuto alla persona gestiti direttamente dagli interessati sulla base di piani personalizzati. Gli interventi sono finalizzati a garantire l'autodeterminazione della persona in tutte le azioni della vita quotidiana. Si tratta di persone adulte, che possono avere un lavoro e una famiglia, con grave disabilità acquisita a seguito di patologie degenerative cognitive o di esiti di eventi traumatici che non hanno però ridotto le facoltà di autodeterminazione della persona o le capacità genitoriali ed affettive.</p>	<p>L'importo dell'ICD è determinato dall'UVMD sulla base del progetto individuale con i tetti previsti dalla normativa nazionale in materia di vita indipendente.</p>	1000 euro

S.A.D. e A.D.I.

Il servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.) e l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) si rivolgono alle persone di tutte le età che si trovano in una condizione di dipendenza fisica o sociale. Il S.A.D. viene erogato per aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane, puntando ad una collaborazione con la famiglia (quando presente) e ad alleggerire il carico assistenziale di cui essa è gravata.

L'A.D.I. invece comprende prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro.

Tutti questi interventi vengono definiti in modo personalizzato dalla UVMD competente.

Entrambi i servizi sono finalizzati al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto sociale. In accordo con questo proposito sono previste anche forme di supporto educativo per i *caregiver*.

Sollievo

La formula del sollievo consente alla famiglie impegnate nell'assistere una persona non autosufficiente di ricorrere a dei ricoveri temporanei dell'assistito e di fruire di servizi integrativi rispetto a quelli legati alla semplice domiciliarità. Questo tipo di intervento nasce anche con lo scopo di rispondere tempestivamente all'insorgere di situazioni di emergenza, che possono presentarsi sia in seguito ad un peggioramento delle condizioni di salute dell'assistito sia per un indebolimento della rete di assistenza domiciliare.

Centro Diurno

Il centro diurno si qualifica come un servizio territoriale di assistenza socio sanitaria diurna, rivolta alle persone con diversi profili di non autosufficienza. Gli interventi a carattere educativo – riabilitativo – assistenziale mirano ad aumentare e/o mantenere le abilità residue delle persone, con un focus particolare rivolto alle abilità di socializzazione.

S.A.P.A.

Le sezioni ad alta protezione Alzheimer rientrano nella categoria di servizi creati allo scopo di mantenere le persone non autosufficienti nella propria abitazione e nel proprio contesto sociale. Le S.A.P.A. perseguono tale obiettivo offrendo la possibilità di essere accolti a tempo determinato in una struttura residenziale. Si distinguono dal semplice sollievo perché sono rivolte a persone affette da demenza di grado moderato-severo, che per il livello del deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali non trovano una risposta sufficientemente adeguata con la sola assistenza domiciliare o in altre forme di residenzialità. Anche in questo caso gli sforzi sono rivolti soprattutto a risvegliare le potenzialità residue della persona e molto importante è la collaborazione con la famiglia, la quale, in vista del rientro a domicilio dell'assistito, deve predisporre a fornire forme di assistenza adeguate e personalizzate.

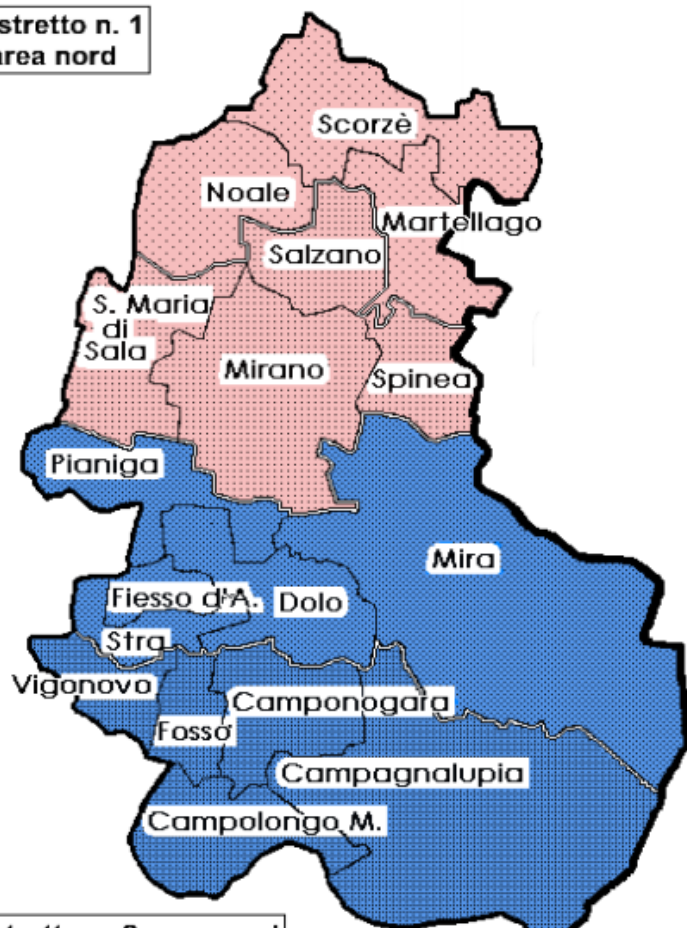
4. L'azienda ULSS 13 di Mirano: il contesto della ricerca

L'Ulss 13 è il contesto territoriale dell'analisi dell'effettività della continuità assistenziale, analisi che sarà condotta nei paragrafi seguenti. Alcuni dati di sfondo sono utili per inquadrare in modo appropriato tale analisi.

Il territorio di competenza dell'ULSS 13 comprende 17 comuni, 7 facenti parte del distretto nord e 10 appartenenti al distretto sud.

Regione Veneto - Azienda U.L.S.S. N. 13

Distretto n. 1
- area nord



Distretto n. 2 - area sud

MAPPA DEMOGRAFICA

superficie
Km2 = 497,58

Regione Veneto - Azienda Ulss n. 13		
Residenti, al 31/12/2014		
Campagna L.	7.168	2,6%
Camponogara	13.150	4,8%
Campolongo M.	10.478	3,9%
Dolo	15.099	5,6%
Fiesse d'Artico	8.075	3,0%
Fossò	6.972	2,6%
Martellago	21.494	7,9%
Mira	38.779	14,3%
Mirano	27.055	10,0%
Noale	15.965	5,9%
Pianiga	12.252	4,5%
Salzano	12.778	4,7%
S.M. di Sala	17.632	6,5%
Scorzè	18.888	7,0%
Spinea	27.794	10,2%
Stra	7.680	2,8%
Vigonovo	10.001	3,7%
Ulss n. 13	271.260	100,0%
distretto n. 1 - nord	141.606	
distretto n. 2 - sud	129.654	

L'evoluzione demografica del territorio è allineata a quella generale già descritta in precedenza. Le strutture assistenziali si devono confrontare con il progressivo invecchiamento della popolazione (come rappresentato nel **grafico 2** e nella **tabella 3** successivi) e, anche a causa della crisi economica che negli ultimi anni ha ridimensionato le possibilità di spesa delle famiglie, determinando l'indebolimento di quella che è la prima struttura di assistenza.

La missione aziendale dell'Ulss "è centrata sul soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini, attuando una gestione efficiente delle risorse disponibili e garantendo prestazioni di prevenzione e cura efficaci, con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza" (<http://www.ulss13mirano.ven.it/>).

Grafico 2 - La distribuzione della popolazione residente nel territorio dell'Ulss 13 per fasce annuali d'età

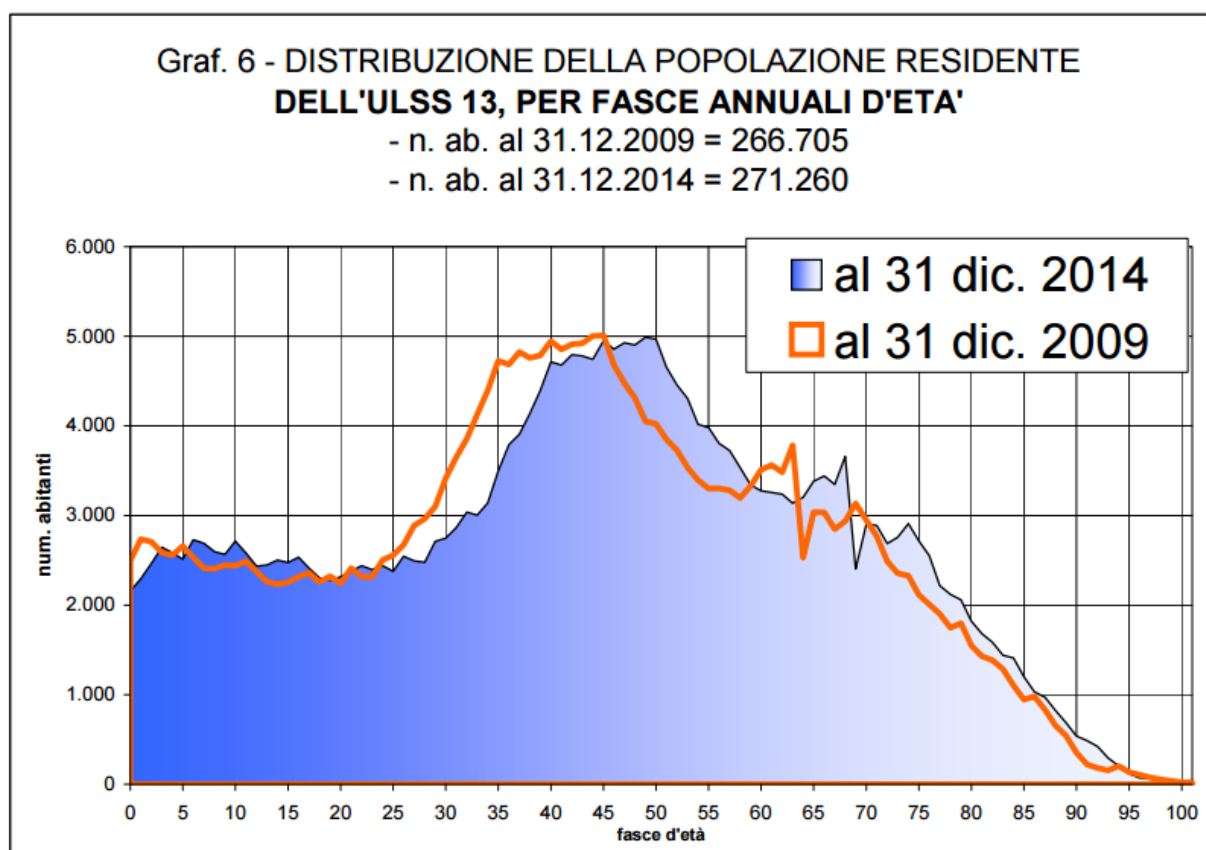


Tabella 3 -

Indici di invecchiamento, vecchiaia e carico sociale, per Comune - al 31/12/2014

Comune	indice invecchiamento	indice vecchiaia	indice carico sociale	rapporto % anziani / attivi	rapporto Femmine / Maschi anziani ≥ 65	anziani ≥ 75
Campagna L.	19,3	134	50,8	29	125	163
Camponogara	17,8	124	47,6	26	118	148
Campolongo M.	18,2	124	49,2	27	125	162
Dolo	23,7	187	57,2	37	137	166
Fiesso d'Artico	19,9	136	52,9	30	116	127
Fossò	18,7	118	53,0	29	125	158
Martellago	21,8	151	56,9	34	122	145
Mira	22,9	174	56,2	36	130	154
Mirano	23,9	202	55,7	37	129	148
Noale	20,5	150	52,1	31	138	161
Pianiga	17,8	116	49,7	27	125	141
Salzano	20,3	152	50,5	30	126	159
S. M. di Sala	15,6	94	47,5	23	120	154
Scorzè	20,0	132	53,9	31	124	148
Spinea	24,3	182	60,3	39	131	146
Stra	22,0	155	56,9	35	140	176
Vigonovo	18,7	127	50,3	28	123	141
Ulss n. 13	21,0	150,5	53,9	32,4	128	152
Veneto (Istat - 2013)	20,9	146,8	54,1	32,2	137	159
Italia (Istat - 2013)	21,2	151,4	54,2	32,7	135	162

INDICE DI INVECCHIAMENTO = num. persone ≥ 65 anni ogni 100 residenti

INDICE DI VECCHIAIA = num. persone ≥ 65 anni ogni 100 persone 0 - 14 anni

INDICE DI CARICO SOCIALE = num. persone 0 - 14 anni più num. persone ≥ 65 anni ogni 100 residenti 15 - 64 anni

RAPPORTO ANZIANI / ATTIVI = num. persone ≥ 65 anni ogni 100 residenti 15 - 64 anni

RAPPORTO F / M, ANZIANI ≥ 65 e ≥ 75 = num. femmine ogni 100 maschi

Le linee guida su cui si basa l'organizzazione dei servizi territoriali sono quelle definite dal documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona: l'ultimo è stato approvato con la legge regionale n°23/2012.

Già nel 2011 la Conferenza dei Sindaci del territorio dell'ULSS 13, insieme ai rappresentanti dell'ULSS stessa e degli enti locali, aveva redatto un Piano di Zona per il quinquennio successivo.

In documento erano state definite le azioni e le risorse da attivare per l'erogazione dei servizi socio-sanitari garantendo ai cittadini livelli uniformi di assistenza. Il Piano di Zona è stato aggiornato annualmente, integrandovi le nuove direttive previste dalla programmazione regionale. Le tipologie di servizi offerti nel territorio corrispondono a quelle previste a livello regionale e presentate nel capitolo 3.

5. La continuità assistenziale nell'Ulss 13: una verifica empirica con dati longitudinali sulla corrispondenza dei servizi alle aspettative

5.1. *L'idea di partenza*

L'argomento specifico di questo elaborato è stato definito con la collaborazione del dott. Pierangelo Spano e della dott.ssa. Paola Mantoan, rispettivamente dirigente e responsabile del servizio anziani dell'Ulss 13, dove ho svolto lo stage curriculare ed ho potuto avvicinarmi alle tematiche dell'assistenza socio-sanitaria.

Oggetto di verifica è se per le persone divenute titolari di un'impegnativa di residenzialità tra l'1/1/2014 e il 30/6/2015 l'accoglimento residenziale definitivo è stato per esse l'approdo conclusivo di un percorso più lungo di utilizzo dei vari servizi previsti o se, invece, gli utenti delle strutture residenziali vi giungono senza richiedere o ricevere in precedenza alcun tipo alternativo di assistenza.

Per procedere a tale verifica è stato necessario costruire un database generale in cui far convergere le informazioni, disponibili in diversi data set, relative all'universo di utenti indagato e a tutte le tipologie di servizi di cui essi risultano essere stati beneficiari.

5.2. *La costruzione del database*

Il database utilizzato per l'analisi statistica di seguito esposta è stato costruito con i dati amministrativi opportunamente schermati ai fini di garanzia della privacy.

Le impegnative di residenzialità e di domiciliarità sono gestite tramite software prodotti da società private esterne: per la residenzialità il programma "Garsia", per la domiciliarità il programma "Prometeo".

Per realizzare il database da Garsia sono state estratte tutte le informazioni relative alle persone titolari di un'impegnativa di residenzialità ottenuta tra il primo gennaio del 2014 e il 30 giugno del 2015 e quindi accolte in via definitiva in una delle strutture convenzionate.

Sono state fatte due distinte estrazioni in modo da individuare separatamente i titolari di impegnative di primo livello e i titolari di impegnative di secondo livello.

Per comprendere tale distinzione è necessario illustrare il percorso che conduce ad ottenere un'impegnativa di residenzialità. Chi decide di presentare domanda per entrare in una struttura residenziale deve inoltrare la richiesta presso gli uffici dell'ULSS o presso i servizi sociali del Comune di residenza. Una volta presa in carico la richiesta, la persona viene valutata tramite la compilazione di una scheda apposita: per gli anziani viene utilizzata la Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani (SVaMA). La valutazione è affidata all'assistente sociale, al medico di base e al medico competente dell'ULSS. I principali aspetti presi in considerazione riguardano lo stato di salute, il potenziale residuo della persona e l'esistenza o meno di una rete sociale di appoggio. I risultati vengono espressi tramite un punteggio da 1 a 100 e l'assegnazione ad uno dei 17 profili di autonomia (**tabella 4**). Entrambi questi risultati permettono poi l'inserimento della persona nella graduatoria relativa al servizio per cui ha fatto richiesta.

L'appartenenza al primo o al secondo livello discende direttamente dal profilo delineato nella scheda SVaMA. Il profilo 1 corrisponde alle persone totalmente autosufficienti, che quindi non possono accedere ai servizi di cui ci si sta occupando. Il livello 1 comprende i profili dal 2 al 13 (escludendo il 10 che è una combinazione teorica senza una corrispondenza in casi concreti) e il 16. Per esclusione al livello 2 appartengono i profili 14, 15 e 17. Come possiamo notare dalla tabella 4 le variabili che determinano l'appartenenza ad un livello piuttosto che all'altro sono relative allo

stato di salute mentale, alla presenza di problemi comportamentali, al grado di autonomia e alla necessità di ricevere cure sanitarie.

Tabella 4 - I diversi profili della scheda SVAMA

PROFILO	
n.	definizione
1	Lucido, autonomo
2	Lucido, in parte dipendente
3	Lucido, deambula assistito
4	Lucido, non deambulante ma autonomo
5	Lucido, gravemente dipendente
6	Confuso, deambulante, autonomo
7	Confuso, deambulante
8	Confuso, deambula assistito
9	Confuso allettato
10	Combinazione puramente teorica non presente nella realtà
11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
12	Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie
13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
15	Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia
17	Problemi comportamentali, dipendente

La distinzione tra primo e secondo livello è molto importante, tanto che le stesse strutture residenziali hanno un numero definito e distinto di posti destinati a persone di primo e di secondo livello. Questi posti non sono interscambiabili perché le esigenze assistenziali dei profili 14,15,17 sono più impegnative, più specifiche e più costose rispetto a quelle degli altri profili.

Ottenuti gli elementi costitutivi dei due database per livello si sono affrontati i problemi di integrazione con le informazioni necessarie all'analisi, quali in particolare il Comune di residenza, i punteggi SVaMA e il profilo. È stato quindi procedere ad ulteriori estrazioni, per entrambi i livelli, con query "estese" al maggior numero possibile di informazioni utili.

Un secondo problema ha riguardato la scelta dell'orizzonte temporale da prendere in considerazione. L'estrazione iniziale era stata predisposta sul software Garsia con l'obiettivo iniziale di individuare tutti gli utenti in possesso di un'impegnativa di residenzialità tra l'1/1/2014 e il 30/06/2015. In questo modo però accanto agli utenti entrati in possesso dell'impegnativa nel periodo indicato erano stati selezionati anche utenti entrati in strutture residenziali in precedenza (anche da molti anni).

Dato che obiettivo della ricerca è verificare, per tutti gli utenti indagati, il percorso assistenziale antecedente all'impegnativa di residenzialità, obiettivamente sarebbe stato difficile indagare il passato assistenziale di coloro che risultano entrati in una struttura residenziale da molti anni. Ciò sia perché le politiche volte a favorire la continuità assistenziale hanno subito importanti modifiche ed integrazioni negli ultimi anni (le ICD sono state organizzate solamente nel 2013) sia perché tutti

i dati antecedenti all'introduzione del gestionale Garsia non sono disponibili in formato elettronico. Per questo si è scelto di circoscrivere l'indagine alle persone divenute titolari di impegnativa di residenzialità tra il 1/1/2014 e il 30/06/2015, ritenendo questo insieme comunque significativo.

Definito l'universo preciso di indagine, i due database sono stati integrati con le informazioni relative alle impegnative di domiciliarità, specificamente quelle per il sollievo, per il centro diurno, per la riabilitazione o per una delle ICD. Anche questi servizi sono distinti in primo e secondo livello e sono stati estratti separatamente e successivamente integrati tenendo conto anche della possibilità che una persona beneficiaria di un qualsiasi servizio di domiciliarità come utente di secondo livello può successivamente beneficiare di un'impegnativa di primo livello in seguito ad una rivalutazione (la scheda SVaMA viene aggiornata annualmente) o viceversa. È stato quindi necessario agganciare gli utenti con impegnativa di residenzialità di primo livello con le informazioni relative a tutti i servizi di domiciliarità, sia di primo che di secondo livello, e compiere la medesima operazione per gli utenti con impegnativa di residenzialità di secondo livello.

Occorre considerare inoltre che l'orizzonte temporale dei servizi per la domiciliarità è diverso da quello definito per la residenzialità. Se ad esempio un utente è divenuto titolare dell'impegnativa per la residenzialità il primo gennaio del 2014, qualora per i servizi per la domiciliarità avessimo scelto il medesimo orizzonte temporale non avremmo potuto accertare l'accesso ad alcun servizio. Perciò il periodo di tempo indagato per una congrua verifica della continuità assistenziale deve essere esteso di diversi anni perché tra l'ultimo intervento per la domiciliarità e l'ingresso in strutture di residenzialità potrebbe essere trascorso diverso tempo. In definitiva si è convenuto che l'estrazione per i servizi per la domiciliarità riguardi tutte le impegnative a partire dall'1/1/2010.

A questo punto abbiamo ottenuto due database distinti, uno per gli utenti di impegnative di residenzialità di primo livello e uno per quelli di secondo livello. Entrambi contengono i dati degli utenti che hanno avuto impegnative per i servizi relativi alla domiciliarità sia di primo che di secondo livello.

Con opportuni ordinamenti e filtri i due database consentono di elaborare i dati contenuti sia per testa (utenti) che per eventi (impegnative).

La scelta di escludere dall'analisi alcune tipologie specifiche di impegnative di residenzialità (SVP) e di impegnative di domiciliarità (SAPA, ADI. e SAD) è stata compiuta in relazione all'obiettivo finale. Infatti per verificare se la continuità assistenziale è realtà o solamente un proposito è stato necessario partire ricostruendo il percorso "logico" che una persona dovrebbe seguire invecchiando. Per questo abbiamo privilegiato l'attenzione ad una filiera assistenziale seguendo una logica di incremento dei servizi erogati, partendo dalle ICD e concludendo con l'accoglimento definitivo.

5.3. I risultati ottenuti

5.3.1. I dati complessivi: il flusso di utenti con impegnativa di residenzialità per genere e semestre

Le dimensioni essenziali dell'universo che stiamo indagando sono esposte nella **tabella 5** che riporta i dati, suddivisi per semestri, relativi agli ingressi in struttura nel periodo considerato. I nuovi titolari di un'impegnativa per la residenzialità risultano essere stati, nel periodo considerato, 444.² Osserviamo che le persone con impegnativa di I livello sono 299, più del doppio degli utenti di II livello (145). In entrambi i casi la componente femminile è predominante. La spiegazione di questa forte differenza va ricondotta alla maggior longevità delle donne rispetto agli uomini. Il rapporto tra uomini e donne è di 3 a 1 per il primo livello e di 2 a 1 nel secondo. Questa diversa proporzione è attribuibile al fatto che chi viene accolto nel secondo livello soffre di patologie legate all'invecchiamento ma non solo. Può infatti essere ricoverato chi già da relativamente giovane aveva evidenziato un livello di non autosufficienza tale da renderne impossibile l'assistenza a domicilio. Per questo nel secondo livello la differenza tra il numero di uomini e di donne risulta ridimensionata.

Tab. 5 - Utenti con Impegnativa di Residenzialità da 1/1/2014 a 30/06/2015 (dati di flusso)

	2014		2015	Totale
	I semestre	II semestre	I semestre	
Numero Utenti Residenzialità I Livello	100	86	113	299
Femmine	78	65	82	225
Maschi	22	21	31	74
Numero Utenti Residenzialità II Livello	27	73	45	145
Femmine	17	50	30	97
Maschi	10	23	15	48
Totale	127	159	158	444
Femmine	95	115	112	322
Maschi	32	44	46	122

Quanto alla distribuzione temporale, notiamo che il numero di ingressi in ogni semestre si attesta, abbastanza stabilmente, intorno ai 150 casi.

5.3.2. L'analisi dell'età degli utenti

In **tabella 6** osserviamo che per entrambi i livelli le fasce d'età comprendenti il maggior numero di utenti sono la 85-89 (la più alta in assoluto) e la 90-94. Esse includono il 70% circa degli utenti totali. Ancor più interessante è il confronto tra i due livelli per le prime tre fasce d'età. Le percentuali sono abbastanza simili ma avremmo potuto aspettarci di ritrovare una maggiore percentuale di persone "giovani" nel primo livello, mentre per tutte le tre fasce essa risulta più elevata nel secondo. Questo in realtà non fa che confermare quanto detto prima e cioè che gli utenti di secondo livello soffrono di patologie meno legate all'età e all'invecchiamento. Benché possa

² Questo valore, ovviamente, non quantifica il numero di utenti attualmente accolti nelle case di riposo convenzionate ma solo i nuovi ingressi nel periodo analizzato.

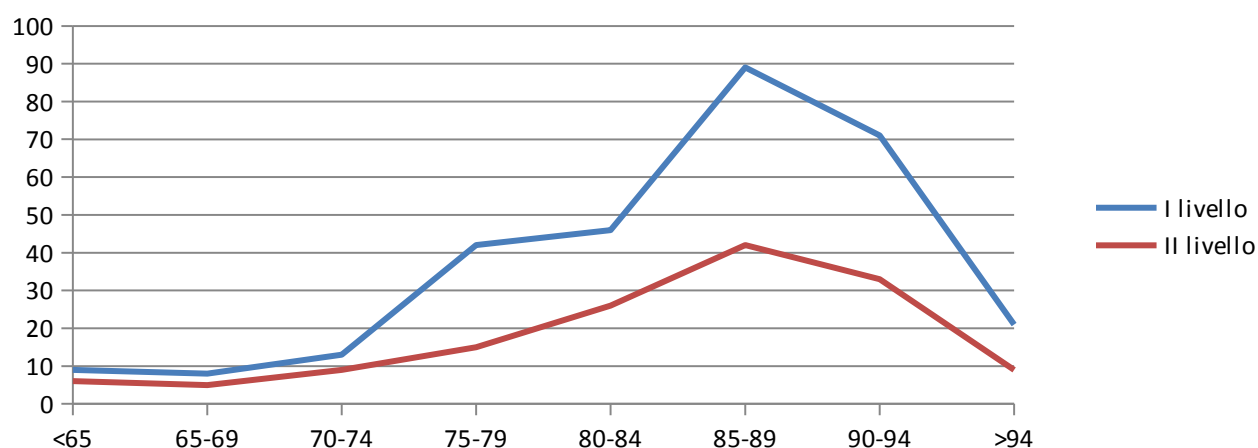
essere contro intuitivo ciò viene confermato anche dai numeri delle fasce d'età più avanzate. Da queste possiamo infatti ricavare che l'aspettativa di vita per gli utenti di primo livello è maggiore, in quanto il loro accoglimento è legato al deterioramento psichico e fisico concatenato all'invecchiamento e non alla presenza di patologie congenite.

Tab. 6 – Utenti con impegnativa di residenzialità, distribuiti per età e livello

Età	I livello	II livello	Composizione Percentuale I Livello	Composizione Percentuale II Livello	Percentuale Cumulativa I Livello	Percentuale Cumulativa II Livello
<65	9	6	3,01%	4,14%	3,01%	4,14%
65-69	8	5	2,68%	3,45%	5,69%	7,59%
70-74	13	9	4,35%	6,21%	10,03%	13,80%
75-79	42	15	14,05%	10,34%	24,08%	24,14%
80-84	46	26	15,38%	17,93%	39,46%	42,07%
85-89	89	42	29,77%	28,97%	69,23%	71,04%
90-94	71	33	23,75%	22,76%	92,98%	93,80%
>94	21	9	7,02%	6,21%	100,00%	100,00%
Totale	299	145	100%	100%		

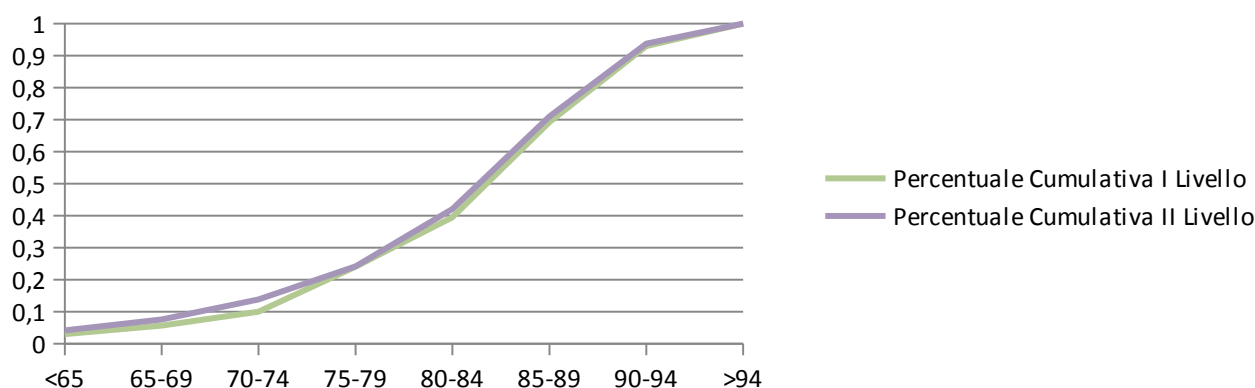
Il **grafico 3**, realizzato utilizzando i valori assoluti, consente di notare come entrambe le curve, riferite rispettivamente alla distribuzione per età del primo e del secondo livello, crescano in modo continuo fino alla fascia 85-89, per poi scendere.

Graf. 3 – Utenti con impegnativa di residenzialità. Distribuzione per età



Il **grafico 4** riporta i dati cumulati espressi in percentuale. Ogni punto delle due curve rappresenta la percentuale cumulativa degli utenti di una fascia d'età, ovvero la percentuale di utenti, di primo o secondo livello, della specifica fascia d'età a cui il punto appartiene sommata alle percentuali dei punti precedenti. E' evidente la quasi completa coincidenza delle due linee, che, come già evidenziato, si discostano di poco solamente per le prime tre fasce.

Graf. 4 - Utenti con impegnativa di residenzialità. Distribuzione cumulata per età



Possiamo sintetizzare questi elementi di analisi demografica con i parametri riportati in **tabella 7**.

Tabella 7 – Utenti con impegnativa di residenzialità. Parametri demografici riferiti all'età

	I livello	II livello
Media	85	84
Moda	85	88
Mediana	86	86

La mediana è pari a 86 anni per entrambi i livelli ed è utile per valutare la consistenza degli ultra85enni presi in carico dalle strutture assistenziali.

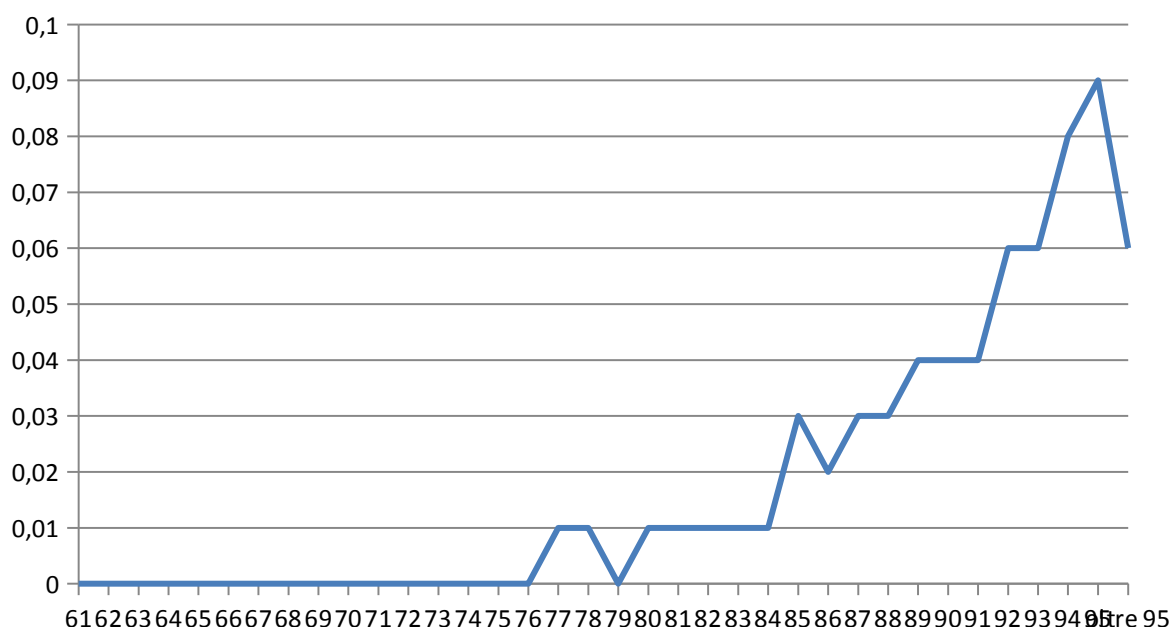
I due indicatori statistici media e moda confermano la caratterizzazione del primo livello rispetto al secondo: quest'ultimo nonostante la moda più elevata (88 rispetto ad 85) evidenzia una media inferiore (84 contro 85) sottintendendo la maggior variabilità dell'età degli utenti. Ciò è riconducibile alle patologie dementigene che accomunano molti ingressi di secondo livello, confermando la difficoltà nella costruzione di risposte appropriate in termini di tempestività e di capacità di presa in carico assistenziale.

Il **grafico 5** rappresenta la percentuale di persone che, sul totale della popolazione residente nell'Ulss 13, per ogni anno d'età entra in casa di riposo.³

Possiamo facilmente notare che la percentuale prima dei 76 anni rasenta sempre lo zero, per poi crescere rapidamente fino ai 95 (oltre al 9%) e da lì diminuire nuovamente. L'interpretazione che possiamo dare è che fino ai 76 anni d'età le persone vengono più facilmente assistite a domicilio e coloro che entrano in casa di riposo o presentano patologie acute o non dispongono di una rete sociale di sostegno. Dai 76 anni la quota di persone per anno di età che entra in casa di riposo cresce costantemente fino ai 95 anni, toccando addirittura quota 9%. Significa che supponendo una popolazione 95enne di 100 persone, in un solo anno 9 di esse verrà accolto in una struttura residenziale a titolo definitivo.

Poiché disponiamo solo di dati flusso e non conosciamo il numero di persone che già prima del periodo considerato sono entrate in casa di riposo, non possiamo dare una risposta certa sul perché dopo i 95 anni la percentuale di persone che diventano titolari di impegnativa decresce.

Grafico 5 – La percentuale di persone che entrano in casa di riposo per anno d'età



5.3.3. *L'analisi degli utenti in relazione ai profili*

Passando all'analisi dei profili abbiamo suddiviso i vari utenti per struttura di accoglienza e quindi confrontato il profilo più frequente con l'insieme degli altri profili. Questo perché sia per il primo che per il secondo livello un profilo è nettamente prevalente.⁴ Osservando i dati relativi al primo

³ Da questo grafico non è quindi possibile dedurre il numero complessivo di utenti alloggiati in casa di riposo per ogni anno di età ma solamente la percentuale dei nuovi ingressi sul totale.

⁴ Ricordo che il primo livello è destinato esclusivamente ai profili dal 2 al 13 escludendo il 10 (che non esiste) più il profilo 16. Al secondo livello invece appartengono i profili 14, 15 e 17.

livello (**grafico 6 e grafico 7**) abbiamo verificato che il profilo prevalente è senza dubbio l'11, che si riferisce ad utenti confusi o stuporosi, totalmente dipendenti. Il profilo 11 è talmente predominante da superare l'insieme di tutti gli altri profili di primo livello. Le uniche due strutture, tra le sette convenzionate con l'Ulss 13, in cui ciò non si verifica sono quelle di Dolo e di Scorzè.

Grafico 6 – Utenti di primo livello per struttura: profilo 11 e altri profili

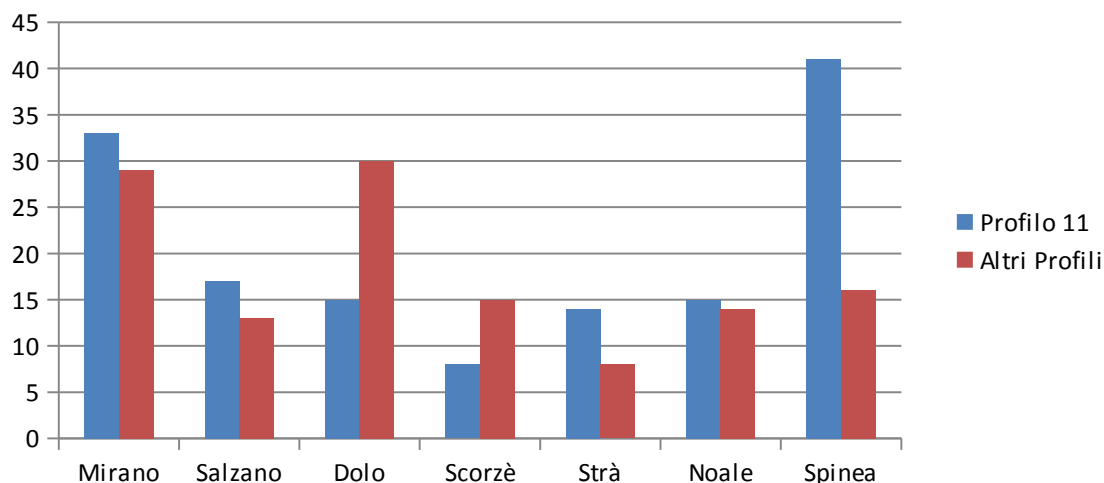
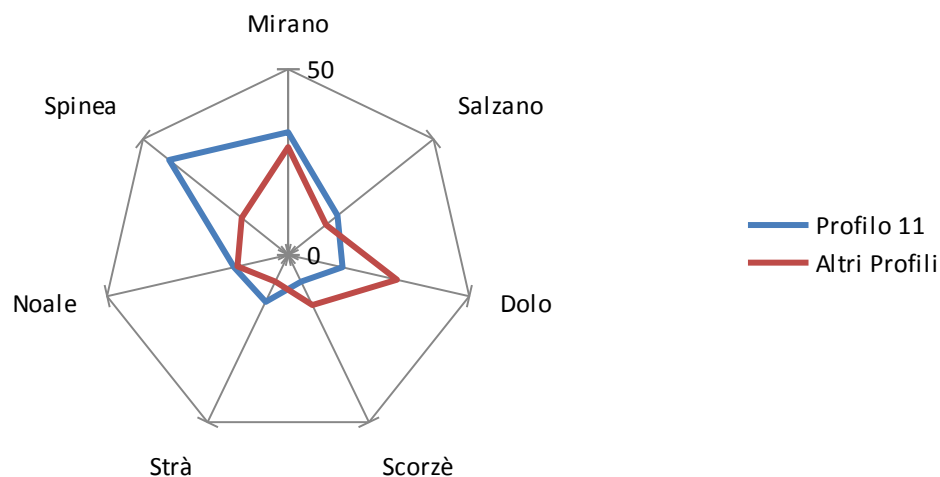


Grafico 7 – Utenti di primo livello per struttura: profilo 11 e altri profili



Anche per il secondo livello (**grafici 8 e 9**) è stato possibile individuare un profilo prevalente, il 17, che corrisponde ad utenti con problemi comportamentali e dipendenti. Il profilo 17 supera da solo l'insieme formato da 14 e 15. Le strutture rispecchiano questa situazione con nuovamente

l'eccezione della casa di riposo di Dolo e in parte Spinea, dove il numero di utenti di profilo 17 è identico al numero di utenti di profilo 14 più 15.

Grafico 8 – Utenti di secondo livello per struttura: profilo 17 e altri profili

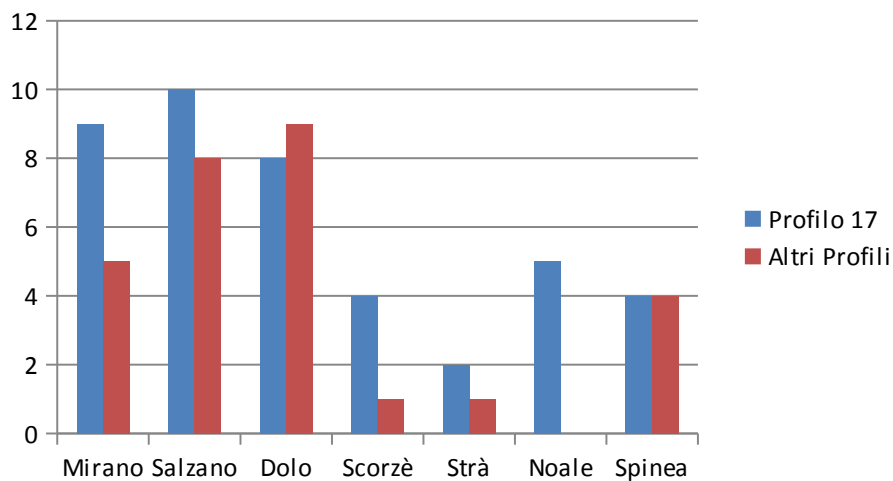
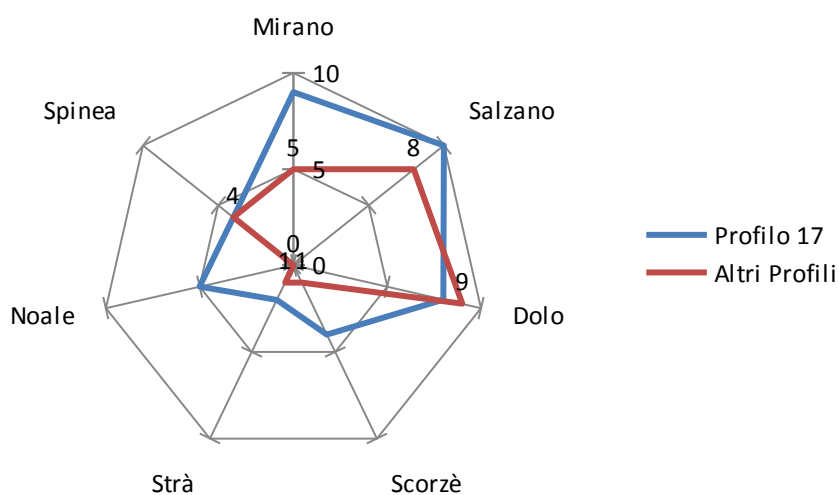


Grafico 9 – Utenti di secondo livello per struttura: profilo 17 e altri profili



5.3.4. *Analisi dei punteggi per struttura*

Il punteggio⁵ è compreso in una scala da 1 a 100 e più è alto più la persona è in una condizione grave. Come il profilo 1 si riferisce alle persone che non possono diventare titolari delle impegnative di cui ci stiamo occupando perché in stato di buona salute, così i punteggi al di sotto di 60 identificano persone ancora autosufficienti. Per questo nei grafici a dispersione presentati di seguito l'asse orizzontale misura valori compresi tra 60 e 100.

Per entrambi i grafici dei due livelli abbiamo distinto i punteggi in due serie, una riferita ai punteggi del profilo predominante e l'altra ai punteggi degli altri profili.

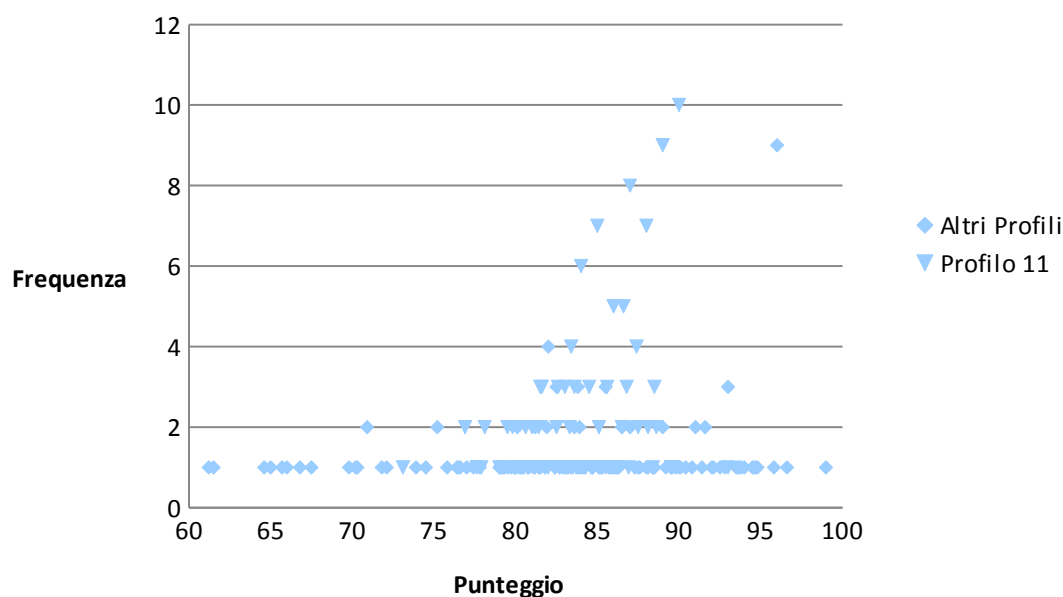
Per quanto riguarda i punteggi del primo livello (**grafico 10**) osserviamo che si dispongono lungo tutta l'asse orizzontale ma si concentrano particolarmente nella fascia compresa tra 75 e 90. Questa fascia coincide quasi perfettamente con quella che comprende i punteggi relativi al solo profilo 11, molto più concentrata e con due singole eccezioni, che comunque si discostano di poco.

Il punteggio con la frequenza maggiore è 90,1, con ben 10 persone registrate.

Grafico 10 – Frequenza dei punteggi con in evidenza i punteggi relativi al profilo prevalente (I livello)

⁵ Il punteggio è uno dei due indicatori (l'altro è il profilo) con cui viene sintetizzata la scheda di valutazione S.V.A.M.A.

Punteggi I Livello



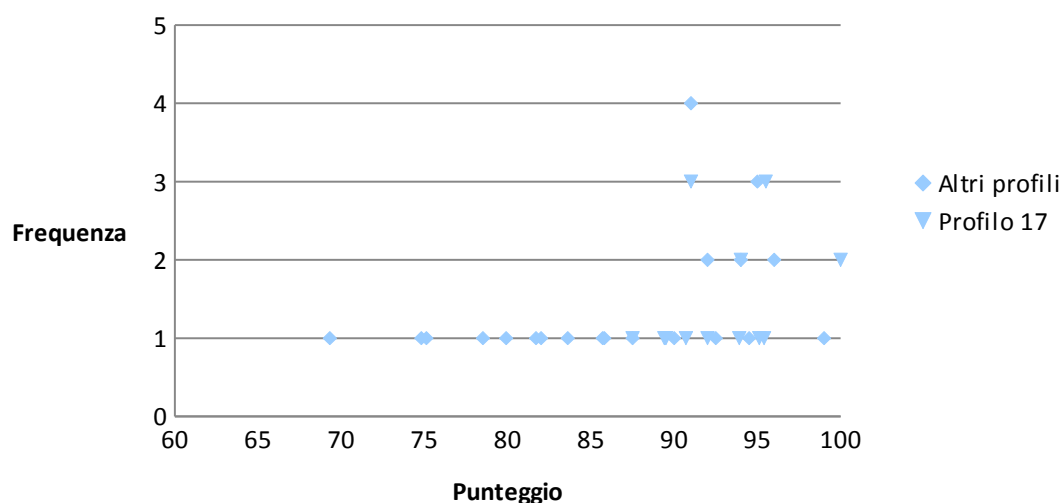
La prima cosa che osserviamo nel **grafico 11**, relativo ai punteggi di secondo livello, è che non risultano esserci punteggi inferiori a 69 e che rispetto ai punteggi del primo livello la fascia con la maggior concentrazione è compresa tra 90 e 100, cioè verso i punteggi corrispondenti a condizioni di salute più gravi, come era lecito aspettarsi. Sporadici sono i casi di utenti di secondo livello con un punteggio inferiore a 90.

I punteggi degli utenti con profilo 17 individuano ancor più chiaramente la fascia di maggior frequenza. Infatti il punteggio più basso tra i profilo 17 è 87,5 per poi passare direttamente a 90. Riscontriamo due casi di profilo 17 con punteggio 100.

Il punteggio più frequente è 91, con 4 rilevazioni.

Grafico 11 – Utenti di secondo livello Frequenza dei punteggi con in evidenza i punteggi relativi al profilo prevalente (II livello)

Punteggi II Livello



5.3.5. *La verifica della continuità assistenziale*

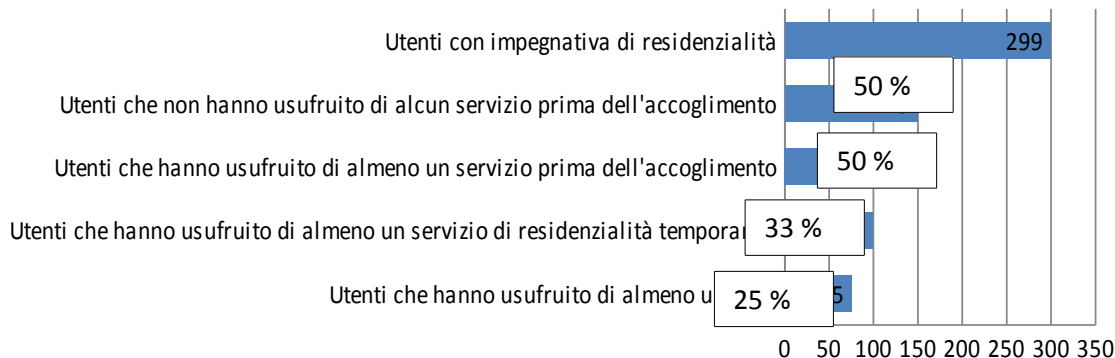
Un primo livello di analisi per servizi aggregati

Il **grafico 12** è direttamente legato al tema della continuità assistenziale in quanto indaga i macro percorsi che gli utenti considerati possono aver seguito oppure no.

Il numero di persone che viene accolto in casa di riposo senza aver prima acceduto a nessun altro tipo di servizio corrisponde (per il primo livello) quasi perfettamente alla metà del totale (149 su 299). È quindi alta la percentuale di persone che accede direttamente alla casa di riposo senza passare per altre forme di assistenza, che fornite al momento giusto avrebbero probabilmente potuto allungare il periodo di permanenza dell'anziano nel proprio domicilio fornendo contemporaneamente una risposta migliore, perché più specifica, ai suoi bisogni. Le ragioni principali di questa forte tendenza al “fai da te” domestico, che resiste finché può per poi rivolgersi direttamente alla tipologia di intervento di ultima istanza, sono la mancanza di informazioni, che discende da un non ancora sufficiente dialogo tra gli utenti e gli enti territoriali, e una politica di prevenzione non abbastanza efficiente.

Graf. 12 – Utenti con impegnativa di residenzialità (primo livello) distribuiti secondo la tipologia di servizi usufruiti in precedenza

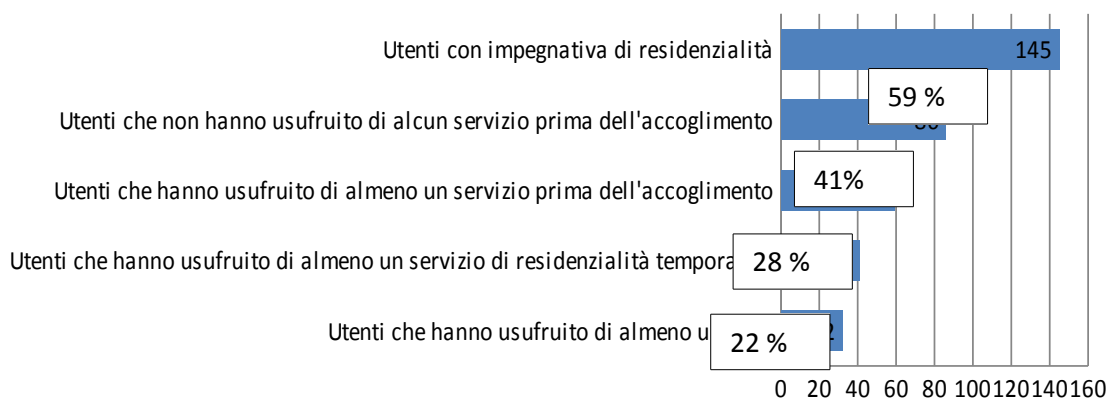
I Livello



Possiamo poi notare che il numero di utenti che ha usufruito di almeno un servizio di residenzialità temporanea (sollievo, centro diurno o riabilitazione) è più alto dei titolari di almeno un'impegnativa di cura domiciliare. Ciò dipende dal diverso intervallo di tempo considerato: infatti le ICD sono state istituite solamente nel 2013 mentre per gli altri servizi sono stati considerati tutti gli interventi a partire dall'1/1/2010.

Graf. 13 – Utenti con impegnativa di residenzialità (secondo livello) distribuiti secondo la tipologia di servizi usufruiti in precedenza

II livello



Per gli utenti di secondo livello (**grafico 13**) verifichiamo che il rapporto tra persone che non hanno usufruito di alcun servizio prima dell'ingresso in casa di riposo e persone che hanno usufruito invece di almeno un servizio non è più un intorno di 1 come in precedenza ma si attesta sull'1,46. Significa che il numero di persone che non richiede assistenza prima dell'ingresso definitivo in struttura è maggiore che non nel I livello. Anche questo risultato potrebbe sembrare contro intuitivo in quanto ci si aspetterebbe che persone con disturbi più gravi abbiano un maggior bisogno assistenziale e, come già detto, poiché nel secondo livello vi è una minor correlazione tra età e

gravità della condizione di salute che i non “superanziani” richiedano assistenza domiciliare intensa e continua. La spiegazione di questo fenomeno discende dalla maggior complessità che implica rispondere a domicilio ai bisogni assistenziali espressi da un utente di secondo livello, più specifici e più acuti, e alla difficoltà di creare una rete di assistenza con la famiglia. Inoltre l’assenza di politiche di prevenzione efficienti porta gli utenti all’attenzione dei servizi-sanitari spesso troppo tardi, quando ormai è impossibile gestire la situazione a domicilio in quanto la famiglia non è in grado di assicurare tutte le cure mediche necessarie. È quindi più frequente che l’unica soluzione intravista dalla famiglia sia l’inserimento definitivo della persona in una struttura residenziale. Il rapporto tra utenti che hanno usufruito di almeno un servizio di residenzialità temporanea e utenti che hanno ottenuto almeno una ICD è molto simile al primo livello e valgono quindi le stesse considerazioni.

Analisi di dettaglio per tipologie di servizi

Il livello successivo dell’analisi (**tabella 8 e grafico 14**) considera le tipologie di servizi che più frequentemente precedono l’ingresso in casa di riposo. Ad esempio gli utenti che hanno usufruito di un soggiorno di sollievo sono 55 per il primo livello e 21 per il secondo, rispettivamente il 18% e il 14% sui rispettivi totali. Possiamo osservare che più è elevata l’“intensità” del servizio, più il rapporto tra le percentuali dei due livelli cambia. Il confronto più semplice si ha tra ICDB, ICDM e ICDA: per la prima, assegnata agli utenti con un basso bisogno assistenziale, si registra un’incidenza percentuale più alta tra gli utenti di primo livello. Per le ICDM la situazione già si inverte, con un’incidenza percentuale maggiore tra gli utenti di secondo livello; le ICDA sono state assegnate solo ad utenti di secondo livello.

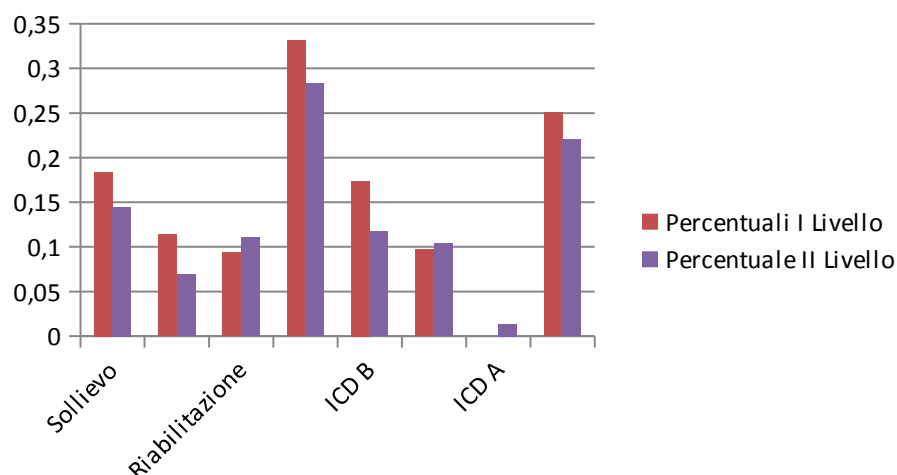
Un confronto per grado di intensità tra sollievo, centro diurno e riabilitazione è complesso in quanto questi servizi non sono ordinati in una scala crescente di assistenza. Quello che possiamo dire è che la riabilitazione è l’intervento meno legato all’invecchiamento, perché può essere richiesto in seguito ad eventi traumatici indipendenti dalle precedenti condizioni di salute della persona. Ciò viene confermato dal fatto che la percentuale di interventi di riabilitazione per il secondo livello è superiore a quella del primo, mentre per sollievo e centro diurno si ha la situazione opposta.

È poi importante comprendere come le percentuali relative alle voci: “almeno uno dei tre precedenti” e “almeno una ICD” non sono la somma delle percentuali dei servizi a cui si riferiscono. Anche se i casi non sono molti alcuni utenti hanno usufruito sia del sollievo che del centro diurno, oppure di ICDB e ICDM e quindi se nei servizi presi singolarmente vengono contati ogni volta nelle percentuali “almeno” vengono considerati come uno. È quindi corretto che la somma degli interventi sia inferiore al numero degli “almeno” in entrambi i casi.

Tabella 8 – Utenti con impegnativa di residenzialità secondo diverse tipologie o combinazioni di servizi usufruiti in precedenza

Residenzialità preceduta da:	I Livello	Percentuale sul totale I Livello	II Livello	Percentuale sul totale II Livello
Sollievo	55	18%	21	14%
Centro Diurno	34	11%	10	7%
Riabilitazione	28	9%	16	11%
Almeno uno dei tre precedenti	99	33%	41	28%
ICD B	52	17%	17	12%
ICD M	29	10%	15	10%
ICD A	0	0%	2	1%
Almeno una ICD	75	25%	32	22%

Grafico 14 - Utenti con impegnativa di residenzialità secondo diverse tipologie o combinazioni di servizi usufruiti in precedenza



L'analisi della continuità assistenziale per genere

Il passo successivo è consistito nello svolgere le stesse analisi ma prendendo in considerazione anche il genere degli utenti. Come già detto, in valori assoluti nel primo livello il rapporto donne/uomini è di 3 a 1, di 2 a 1 nel secondo. Questo rapporto tende però a crescere negli incroci tra residenzialità ed altri servizi nel primo livello e a diminuire nel secondo (**grafici 15 e 16**). Il caso estremo sono gli utenti che hanno ottenuto almeno una ICD prima dell'accoglimento in casa di riposo. Nel primo livello il rapporto uomini donne è 5,8 a 1, mentre nel secondo il valore assoluto è quasi identico con un rapporto di 1,1 a 1.

Se invece consideriamo la percentuale sul totale degli utenti di livello diviso per genere (**grafici 17 e 18**) è difficile individuare uno fenomeno ricorrente. Per alcuni incroci è più alta la percentuale di maschi, per altri quella delle donne e per molti la situazione è opposta se si confrontano gli stessi incroci di due livelli differenti.

Grafico 15 - Utenti con impegnativa di residenzialità (primo livello) distribuiti secondo la tipologia di servizi usufruiti in precedenza e divisi per genere

I Livello

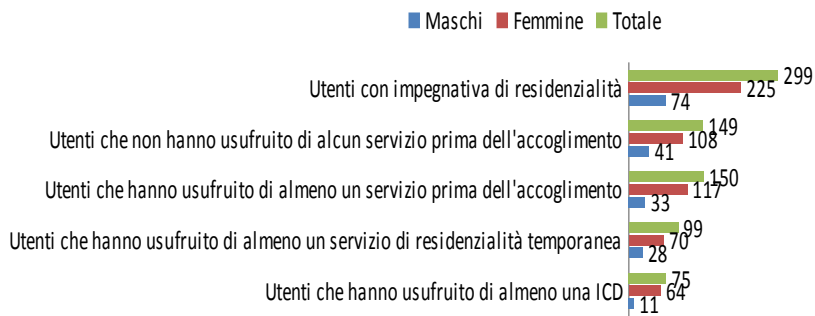


Grafico 16 - Utenti con impegnativa di residenzialità (secondo livello) distribuiti secondo la tipologia di servizi usufruiti in precedenza e divisi per genere

II Livello

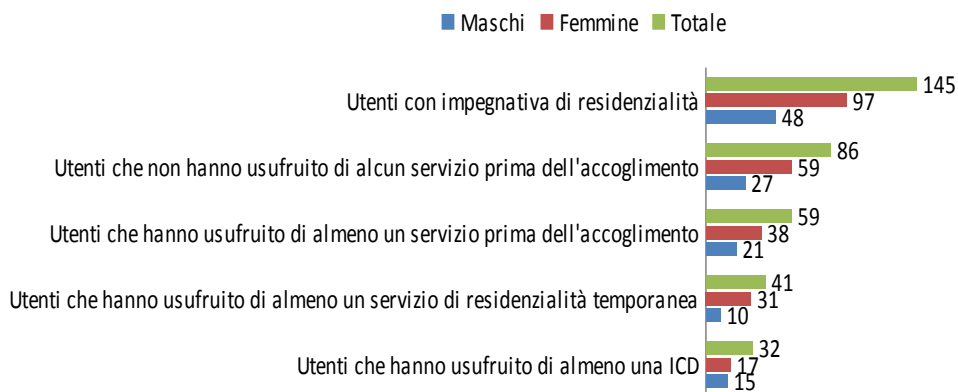


Grafico 17 - Utenti con impegnativa di residenzialità secondo diverse tipologie o combinazioni di servizi usufruiti in precedenza (I livello)

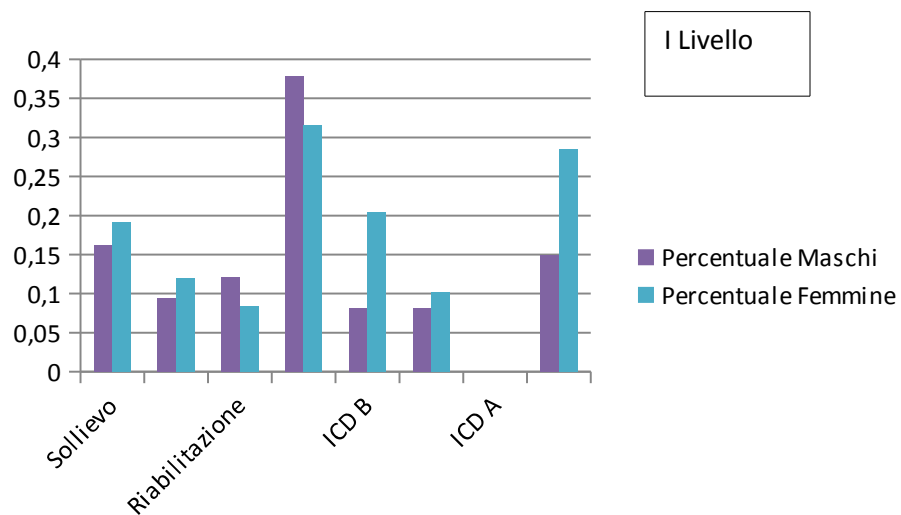
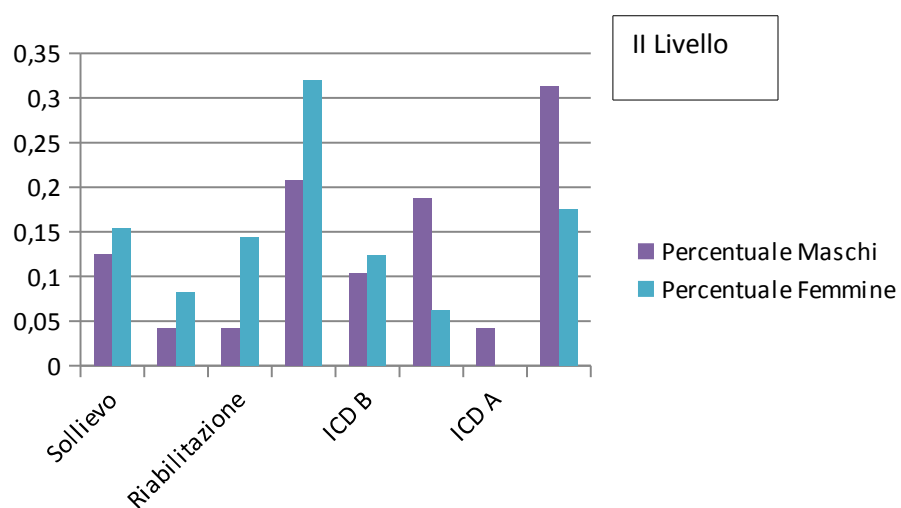


Grafico 18 - Utenti con impegnativa di residenzialità secondo diverse tipologie o combinazioni di servizi usati in precedenza (II livello)

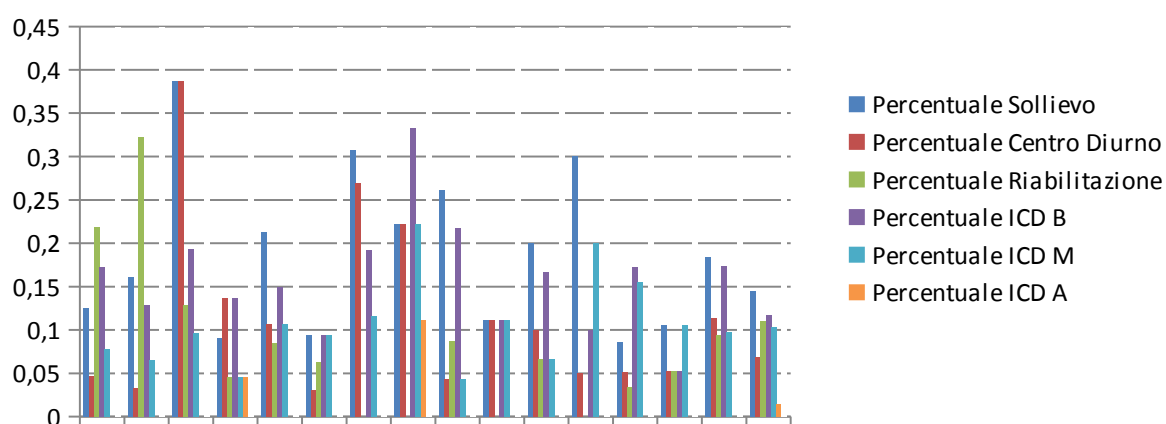


Analisi della continuità assistenziale per le diverse strutture

Il **grafico 19** permette un confronto tra i diversi livelli di efficienza raggiunti dalle strutture presenti nel territorio dell'Ulss 13 in termini di continuità assistenziale. In diversi casi è possibile notare una specializzazione delle strutture verso un determinato servizio. Ciò discende dal fatto che tutte le strutture considerate possono accogliere utenti con un'impegnativa di residenzialità ma non tutte offrono i servizi per la domiciliarità.

Mirano ad esempio è l'unica struttura convenzionata per gli interventi di riabilitazione e infatti la percentuale di interventi di questo tipo è più alta rispetto a quelle riferite agli altri servizi ed è la più alta in assoluto rispetto alle percentuali dello stesso tipo delle altre strutture. Ciò significa che se un utente ottiene un'impegnativa per la riabilitazione a Mirano è più probabile che venga poi accolto a titolo definitivo nella stessa struttura.

Grafico 19 – Utenti con impegnativa di residenzialità secondo diverse tipologie o combinazioni di servizi usufruiti in precedenza e divisi per struttura.



In questa tabella conclusiva (**tabella 9**) sono riportati i risultati della maggioranza degli incroci possibili tra i diversi servizi e sicuramente tutti gli incroci dotati di senso.

Tabella 9 – Utenti con impegnativa di residenzialità secondo tutte le tipologie o combinazioni di servizi usufruiti in precedenza.

	I livello	Maschi	Femmine	II livello	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Impegnativa Residenzialità	299	74	225	145	48	97	444	122	322
I.D.R. + Sollievo	55	12	43	21	6	15	76	18	58
I.D.R. + Centro Diurno	34	7	27	10	2	8	44	9	35
I.D.R. + Riabilitazione	28	9	19	16	2	14	44	11	33
I.D.R. + Sollievo + Centro Diurno	15	0	15	4	0	4	19	0	19
I.D.R. + Sollievo + Riabilitazione	2	0	2	2	0	2	4	0	4
I.D.R. + Centro Diurno + Riabilitazione	2	0	2	1	0	1	3	0	3
I.D.R. + Almeno uno dei precedenti	99	28	71	41	10	31	140	38	102
I.D.R. + Tutti i precedenti	1	0	1	1	0	1	2	0	2
I.D.R. + ICD B	52	6	46	17	5	12	69	11	58
I.D.R. + ICD M	29	6	23	15	9	6	44	15	29
I.D.R. + ICD A	0	0	0	2	2	0	2	2	0
I.D.R. + ICD B + ICD M	6	1	5	2	1	1	8	2	6
I.D.R. + ICD B + ICD A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I.D.R. + ICD M + ICD A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I.D.R. + Almeno una ICD	75	11	64	32	15	17	107	26	81
I.D.R. + Tutte le ICD	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I.D.R. + Sollievo + ICD B	12	2	10	4	1	3	16	3	13
I.D.R. + Sollievo + ICD M	4	0	4	2	1	1	6	1	5
I.D.R. + Sollievo + ICD B + ICD M	0	0	0	1	1	0	1	1	0
I.D.R. + Centro Diurno + ICD B	5	1	4	4	1	3	9	2	7
I.D.R. + Centro Diurno + ICD M	6	2	4	1	1	0	7	3	4
I.D.R. + Centro Diurno + ICD B + ICD M	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6. Conclusioni

Il dato più importante che abbiamo ricavato dalla nostra analisi è che il 50% degli utenti di primo livello e il 59% degli utenti di secondo livello non ha usufruito di alcun servizio prima di ottenere l'impegnativa per la residenzialità definitiva.

È quindi alta la percentuale di persone che rimane esterna alla filiera di servizi costruita per permettere agli utenti un graduale avvicinamento alla casa di riposo e allungare la permanenza a domicilio. I risultati vanno però filtrati relativamente al breve lasso di tempo intercorso tra

l'introduzione di alcuni dei servizi considerati e la nostra analisi e al tempo che mutamenti consistenti richiedono per essere assimilati dall'utenza.

I margini di miglioramento ci sono e vanno ricercati soprattutto nelle politiche di prevenzione e informazione.

Indipendentemente dal raggiungimento di una continuità assistenziale più forte le strutture assistenziali devono prepararsi alle conseguenze dell'evoluzione demografica presentata nel primo capitolo. Il progressivo invecchiamento della popolazione porterà sicuramente ad un aumento del numero degli utenti a cui fornire assistenza.

Il binomio domiciliarità-residenzialità che ha caratterizzato la nostra analisi sulla continuità assistenziale offre contemporaneamente la possibilità di rispondere in modo flessibile ai bisogni degli utenti e di ripartire i costi in modo più efficace.

In questo senso è importante riflettere sulla sostenibilità dell'attuale sistema di Welfare e sul contributo che le politiche in favore della domiciliarità possono dare in termini di contenimento della spesa, soprattutto permettendo una razionalizzazione dei costi della residenzialità.

Riferimenti bibliografici

Massimo Livi Bacci, Giovanni Errera, *intervista sulla demografia: sviluppo, stato sociale, migrazioni, globalizzazione e politica*, Milano, Etas, 2001

Gianpiero Dalla Zuanna, Alessandro Rosina e Fiorenzo Rossi, a cura di., *Il Veneto. Storia della popolazione dalla caduta di Venezia a oggi*, Venezia, Marsilio Editori, 2004

Maurizio Ferrera, *Modelli di solidarietà: politiche e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino, 1993

Daniele Marini, a cura di., *La grande trasformazione, 1991-2011 vent'anni di Nord Est*, Padova, Messaggero di Sant'Antonio, 2012

Letizia Bertazzon, a cura di., con la collaborazione di Davide Girardi, *Anziani da accudire, famiglie da sostenere. Ricerca sul fabbisogno di assistenza domiciliare in provincia di Treviso*, Treviso, Presidenza provinciale di Treviso, 2007

Francesco Longo, Emilio Tanzi, *I costi della vecchiaia: il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Milano, Egea, 2010

Alberto Martini, Ugo Trivellato, *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*, Venezia, Marsilio Editori, 2011

Network Non Autosufficienza, a cura di., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 4° rapporto, tra crisi e ripartenza*, Maggioli Editori, 2000

Silvio Scanagatta, a cura di., *Classi e cittadinanza nei servizi sociali*, Bologna, il Mulino, 2004

Milena Allocco, Enrica Colombo, *Le cure sanitarie, un diritto di tutti, anche per gli anziani non autosufficienti e i malati di Alzheimer*, Torino, CGIL, SPI Torino, 2007

Valdo Mellone, *Invecchiare, le età della vita, i diritti violati*, Mestre, ires, CGIL, 2008

Portale sanità della Regione Veneto, *I servizi al cittadino, 2014*. Disponibile su: <https://salute.regione.veneto.it/>

Regione Veneto, Portale sanità, *I servizi, 2015*. Disponibile su: <http://www.regione.veneto.it/web/guest/servizi>

La Costituzione Italiana, *articolo 32*. Disponibile su http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1_titolo2.html.

Regione del Veneto, Dgr. 1338/2013, *Le impegnative di Cura Domiciliare (ICD)*, e allegati A,B,C,D

Regione del Veneto, Deliberazione del Direttore Generale 385/2008 su Dgr. 456/07,
Regolamento Unico Residenzialità

Regione del Veneto, Dgr. 2082/2010, *Documento Regionale di Indirizzo per la
Programmazione di Zona 2011-2015*